



Demande d'inscription au programme de subvention pour la garde d'enfants
(Child Care Subsidy Program - CCSP)

Pour que votre demande soit traitée, écrire à l'encre noire, soumettre une demande dûment remplie et signée, accompagnée d'une copie de tous les documents requis énumérés ci-dessous. Les demandes incomplètes seront traitées avec retard. Les subventions pour la garde d'enfants versées aux prestataires de services de garde d'enfants concernent les services de garde fournis entre la date de début et la date de fin de l'attribution de la subvention. Le parent est responsable de tout service de garde fourni avant l'attribution de la subvention.

Documents requis : Pour tous les adultes du foyer responsables des enfants (y compris le conjoint, le partenaire, etc.)

- Preuve de citoyenneté pour les **enfants** (certificat de naissance (copie délivrée par l'État), passeport, documents d'immigration ou de naturalisation). *Les cartes de sécurité sociale ne sont **pas** une preuve acceptable de citoyenneté.
 - Preuve de résidence (permis de conduire, contrat de location, relevé de crédit hypothécaire, certificat d'immatriculation de la voiture (carte grise), permis de chasse ou de pêche, factures d'électricité, d'eau ou de gaz) * Les factures Internet ne sont pas acceptées comme preuve de résidence.
 - Calendrier académique officiel pour le(s) parent(s) (le cas échéant) avec la lettre d'attribution de l'aide financière et la facture de l'école.
 - Vérification des revenus
 - Bulletins de salaire (4 semaines les plus récentes) ; ou
 - Fiche d'information sur l'emploi ; ou
 - (en cas d'activité indépendante) Déclaration d'impôt IRS la plus récente (ou) Déclaration mensuelle des bénéfices et des pertes la plus récente.
 - Revenus hors travail (le cas échéant)
 - Lettre d'attribution de la sécurité sociale, lettre d'attribution d'un revenu complémentaire (SSI) pour l'enfant, allocation temporaire TANF pour l'enfant uniquement ;
 - Pension/retraite/pension alimentaire ;
 - Pension alimentaire pour enfants (ordonnée par le tribunal, garde conjointe, droits/responsabilités des parents) ;
 - Lettre d'attribution de l'aide financière et facture de l'école ;
 - Prestations militaires.
 - Documentation sur les besoins particuliers déterminés par un professionnel qualifié (le cas échéant).
- Pour toute question relative à ce programme et/ou à cette demande, veuillez contacter les organismes suivants :

Department of Health and Human Services
Office of Child and Family Services
Child Care Subsidy Program
2 Anthony Avenue
11 State House Station
Augusta, ME 04333-0011
Courriel : CCSP.DHHS@Maine.gov



ÉTAT DU MAINE
DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
Bureau des services aux enfants et à la famille

Demande d'inscription au programme de subvention pour la garde d'enfants

SECTION 1 : Renseignements sur le(s) demandeur(s)

1. Nom du demandeur principal :		Date de naissance :	
Courriel :		Quatre derniers chiffres du n° de sécurité sociale :	
Téléphone domicile :		Téléphone portable :	
Sexe :	Langue principale :	Race :	
Origine hispanique ou latino : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Besoin d'un traducteur ? <input type="checkbox"/>		
Êtes-vous le tuteur légal désigné par le tribunal ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, joindre une preuve de tutelle légale)			
2. Adresse physique :			
Adresse postale :			
Ville :	État :	Code postal :	Comté :
3. Adresse Postale : (si elle est différente de celle qui précède)			
Adresse postale/Boîte postale :			
Ville :	État :	Code postal :	Comté :

SECTION 2 : Membre(s) supplémentaire (s) du foyer, y compris les enfants

4. Nom :		Date de naissance :	
Êtes-vous un citoyen américain <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, joindre une preuve) ou un étranger qualifié ?		N° de sécurité sociale :	
Sexe :	Langue principale :	Race :	
Origine hispanique ou latino : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lien avec le demandeur :		
5. Nom :		Date de naissance :	
Êtes-vous un citoyen américain? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, joindre une preuve) ou un étranger qualifié		N° de sécurité sociale :	
Sexe :	Langue principale :	Race :	
Origine hispanique ou latino : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lien avec le demandeur :		
6. Nom :		Date de naissance :	
Êtes-vous un citoyen américain <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, joindre une preuve) ou un étranger qualifié ?		N° de sécurité sociale :	
Sexe :	Langue principale :	Race :	
Origine hispanique ou latino : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lien avec le demandeur :		
7. Nom :		Date de naissance :	
Êtes-vous un citoyen américain <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, joindre une preuve) ou un étranger qualifié ?		N° de sécurité sociale :	
Sexe :	Langue principale :	Race :	
Origine hispanique ou latino : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lien avec le demandeur :		

SECTION 3 : Questions

8. Tous les adultes de la famille travaillent-ils ou suivent-ils un programme d'éducation/de formation professionnelle ?
 Oui Non
9. S'agit-il d'un ménage composé de deux parents dont l'un des adultes travaille ou suit un programme d'éducation ou de formation professionnelle et dont l'autre a un handicap documenté par le Service administratif de la sécurité sociale (SSA) avec une note du médecin indiquant que le handicap l'empêche de s'occuper des enfants ?
 Oui Non **(si oui, joindre la documentation)**
10. Un enfant a-t-il été placé sous la tutelle légale d'une personne qui a atteint l'âge de la retraite tel que défini par la sécurité sociale ?
 Oui Non
11. Possédez-vous des biens d'une valeur égale ou supérieure à 1 000 000 \$? Oui Non
12. Êtes-vous actuellement sans domicile fixe ? Oui Non
13. Recevez-vous une aide au logement ? Oui Non
14. Avez-vous reçu une subvention d'assistance temporaire aux familles (TANF) au cours des douze (12) derniers mois ?
 Oui Non
15. Veuillez indiquer si vous êtes actuellement :
 Membre d'une unité de la Garde nationale Membre de l'unité de réserve militaire
 En service actif dans l'armée américaine
16. Avez-vous une affiliation tribale ? Oui Non

SECTION 4 : Enfants ayant des besoins spéciaux

17. Les enfants qui ont besoin de garde ont-ils des besoins particuliers ? Oui Non **(si oui, joindre la documentation)**
- Un enfant ayant des besoins particuliers est a) un enfant âgé de treize (13) ans au maximum, pour lequel un professionnel qualifié a déterminé qu'il souffre d'un handicap tel que défini à l'article 602 de la loi sur l'éducation des personnes handicapées (20 U.S.C. 1401) ; qu'il peut bénéficier de services d'intervention précoce au titre de la partie C de la loi sur l'éducation des personnes handicapées (20 U.S.C. 1431 et suivants) ; qu'il peut bénéficier de services au titre de l'article 504 de la loi sur la réhabilitation de 1973 (29 U.S.C. 794) ; qu'il répond à la définition du handicap au titre de la loi américaine sur les personnes handicapées (ADA) (P.L. 110-325); est considéré comme présentant un risque de problèmes de santé et/ou de développement en raison de facteurs de risque environnementaux identifiés, y compris, mais sans s'y limiter, l'absence de domicile fixe, la maltraitance et/ou la négligence, le saturnisme et l'exposition prénatale à la drogue ou à l'alcool ; et/ou b) un enfant âgé de treize (13) à dix-huit (18) ans, qui est physiquement ou mentalement incapable de s'occuper de lui, ou qui est placé sous contrôle judiciaire. En outre, vous recevrez une demande d'autorisation de divulgation d'informations à renvoyer pour le remboursement du prestataire.

SECTION 5 : Informations sur le parent absent (à remplir obligatoirement s'il s'agit d'un ménage monoparental)

- N/A s'il s'agit d'un ménage composé de deux parents
18. Partagez-vous les droits/responsabilités parentaux en ce qui concerne le paiement de la garde d'enfants ? Oui Non *fournir une copie de l'ordonnance du tribunal ou de l'accord notarié.
19. Êtes-vous en situation de garde partagée/conjointe ordonnée par un tribunal ? Oui Non *fournir une copie de l'ordonnance du tribunal ou du calendrier de visite certifié.
20. Bénéficiez-vous d'une pension alimentaire ordonnée par un tribunal ou perçue volontairement ? Oui Non *Un paiement ordonné par un tribunal est considéré comme un revenu, que le paiement soit reçu ou non.
21. Recevez-vous une aide à l'adoption ? Oui *Veuillez fournir des documents Non

Section 6 : Informations sur l'école pour les parents

Le terme « programme éducatif » fait référence à un programme requis pour l'obtention d'un diplôme d'études secondaires, d'un test d'équivalence (*High School Equivalency Test*, HISET) ou d'un autre test d'équivalence d'études secondaires approuvé par le Département, d'un programme professionnel approuvé par le Département, d'un programme post-secondaire de premier cycle dans lequel le parent obtient des crédits en vue de l'obtention d'un diplôme, ou d'un autre programme éducatif approuvé par le Département. Les parents qui suivent un programme d'études supérieures ou de doctorat n'ont pas droit à l'allocation de garde d'enfants.

***Veuillez énumérer et joindre les documents sur les programmes d'éducation/de formation professionnelle pour tous les adultes du ménage qui sont étudiants. Pour chaque étudiant ; fournir un horaire de classe officiel actuel indiquant le nom de l'établissement, le nom de l'élève, les jours/heures de classe, les dates du semestre et les heures de crédit, la lettre d'aide financière et la facture de l'école. ***

22. Étudiant n° 1 Nom de l'école :

Diplôme :	Date de début :	Date de fin :
Date de début du prochain semestre :	Date prévue d'obtention du diplôme :	
Temps de transport requis par jour (aller-retour de la garderie à l'école, en heures) :		

23. Étudiant n° 2 - Nom de l'école :

Diplôme :	Date de début :	Date de fin :
Date de début du prochain semestre :	Date prévue d'obtention du diplôme :	
Temps de transport requis par jour (aller-retour de la garderie à l'école, en heures) :		

SECTION 7 : Emploi **Sans Objet**

***Veuillez fournir des renseignements sur l'emploi de tous les adultes du foyer. Veuillez soumettre quatre (4) semaines de fiches de paie récentes pour tous les adultes qui travaillent ou une fiche d'information sur l'emploi. Les travailleurs indépendants doivent fournir une copie récente de leurs feuilles d'impôts ou de leur dernière déclaration mensuelle de pertes et profits. Veuillez indiquer toutes les sources de revenus autres que par le travail. Si les adultes ont plus de deux emplois, veuillez joindre une feuille séparée contenant toutes les informations énumérées ci-dessous pour chaque emploi supplémentaire, en plus de toutes les pièces justificatives mentionnées ci-dessus*.**

24. Emploi #1 – Traditionnel Indépendant Saisonnier Journalier

Nom de l'employé :

Intitulé du poste :

Nom de l'employeur :

Téléphone professionnel :

Date d'embauche/de début :

Temps de trajet (aller simple), travail à la garderie en heures :

Horaire de travail : (exemple : 8h – 17h (8 am - 5 pm)) ***Note : Si votre horaire varie, veuillez indiquer votre horaire de travail pour les quatre (4) dernières semaines*.**

Dates de début/fin de la semaine (mm/jj/aa – mm/jj/aa.)	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Total des heures

25. Emploi n° 2 – Traditionnel Indépendant Saisonnier Journalier

Nom de l'employé :

Intitulé du poste :

Nom de l'employeur :

Téléphone professionnel :

Date d'embauche/de début :

Temps de transport, travail à la garderie en heures :

Horaire de travail : (exemple : 8h – 17h (8 am - 5 pm)) ***Note : Si votre horaire varie, veuillez indiquer votre horaire de travail pour les quatre (4) dernières semaines*.**

Dates de début/fin de la semaine (mm/jj/aa – mm/jj/aa.)	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Total des heures

INFORMATIONS

Si vous souhaitez obtenir des informations sur les évaluations du développement, veuillez consulter le lien suivant :

<https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/screening.html>

Signature exigée - Veuillez signer, dater et renvoyer

Je certifie, sous peine de parjure, qu'à ma connaissance, les informations ci-dessus sont exactes. Je comprends que ces informations seront fournies au Département de la Santé et des Services Sociaux (DHHS) pour être utilisées dans l'administration de ce programme. J'autorise l'agence à vérifier ces informations par tous les moyens nécessaires. J'accepte de notifier le Département de la Santé et des Services Sociaux (DHHS), le programme de subventions pour la garde d'enfants (*Child Care Subsidy Program*, CCSP) dans les dix (10) jours suivant toute cessation de travail ou participation à un programme d'éducation ou de formation professionnelle et/ou changement de prestataire de services de garde d'enfants et/ou si le revenu familial dépasse quatre-vingt-cinq pour cent (85 %) du revenu médian de l'État (SMI).

La procédure d'examen des demandes peut prendre jusqu'à 30 jours.

Signature du demandeur principal : _____ (la signature électronique n'est pas acceptée) Date : _____

Signature du préparateur : _____ Date : _____

Fiche d'information de l'employeur

*** Veuillez demander à votre superviseur ou au service des ressources humaines de remplir ce formulaire. ***

Employeur responsable du remplissage du formulaire			<input type="checkbox"/> Pas applicable		
1. Nom de l'employeur :					
2. Nom de l'employé(e) :					
3. Salaire / Salaire horaire :		4. Date de l'embauche :		5. Date de la ré-embauche :	
6. L'horaire prévoit-il une pause non rémunérée de 30 minutes ?			7. Êtes-vous payé par semaine, toutes les 2 semaines, par mois ?		
8. Si vous recevez des pourboires, combien recevez-vous par semaine ? (Veuillez inclure une justification)					

Horaire de travail de l'employé(e) : (par ex. : 8h00 à 17h00) (8 am to 5 pm)							
Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Heures au total

Remarque : Si l'horaire de l'employé(e) varie, veuillez indiquer l'horaire de travail des quatre (4) dernières semaines. Si l'employé(e) n'a pas été employé(e) pendant quatre (4) semaines complètes, veuillez estimer le nombre d'heures prévu pour les semaines restantes								
Début de la semaine/dates de fin (mm/jj/aa. – mm/jj/aa.)	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Heures au total

Je certifie, sous peine de parjure, qu'à ma connaissance les informations ci-dessus sont exactes.

Nom du superviseur/du responsable du Service des ressources humaines (en majuscules) : _____

Signature du superviseur/ du responsable du Service des ressources humaines : _____ Date : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____



ÉTAT DU MAINE
DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
 Bureau des Services aux Enfants et à la Famille
Programme de subvention pour la garde d'enfants – Fiche d'information du prestataire de services de garde d'enfants

Veuillez faire remplir ce formulaire par le prestataire de service de garde d'enfants

Prestataire de service de garde d'enfant responsable du remplissage du formulaire	
1. Nom du Parent :	
2. Nom du (des) enfant(s) :	
3. Quand l'enfant va-t-il participer à votre programme ?	

Information du prestataire de garde	
1. Nom de l'entreprise :	2. Heures d'ouverture :
3. Nom de la personne à contacter :	4. Numéro de téléphone :
5. Adresse :	
6. Courriel :	
7. Participez-vous actuellement au système d'évaluation et d'amélioration de la qualité du Maine ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
8. Type de prestataire : (sélectionnez ci-dessous)	
<input type="checkbox"/> Agréé Numéro de licence/Numéro de facturation CCSP :	
<input type="checkbox"/> Fournisseur exempté de licence *Le traitement des documents de vérification des antécédents peut prendre jusqu'à 45 jours.* *Des documents supplémentaires seront envoyés pour finalisation.*	
<ul style="list-style-type: none"> • Doit être âgé(e) de 18 ans et ne pas résider à la même adresse que l'enfant ou les enfants ; et • Ne peut garder que deux (2) enfants au maximum • Doit avoir été un résident du Maine depuis au moins 6 mois 	
<u>Cochez l'une des cases :</u>	
Au domicile du <u>prestataire</u> : <input type="checkbox"/> Aucun lien de parenté <input type="checkbox"/> Lien de parenté (indiquer la relation avec l'enfant) _____	
Au domicile de <u>l'enfant</u> : <input type="checkbox"/> Aucun lien de parenté <input type="checkbox"/> Lien de parenté (indiquer la relation avec l'enfant) _____	
Programme d'âge scolaire/loisir <input type="checkbox"/>	
9. Quel est votre niveau QRIS :	

En signant ci-dessous, vous reconnaissez que le **Child Care Subsidy Program n'effectue pas de paiements rétroactifs** et que le parent est responsable de tous les paiements jusqu'à ce que vous recevez une lettre de confirmation de la subvention. Si vous êtes un nouveau prestataire du *Child Care Subsidy Program*, vous recevrez des documents supplémentaires à remplir.

Nom du prestataire (en lettres capitales) : _____ Langue préférée : _____

Signature du prestataire : _____ Date: _____

***Signature requise - Veuillez signer, dater et retourner à l'adresse suivante :**

Department of Health and Human Services
 Office of Child and Family Services
 Child Care Subsidy Program
 Anthony Avenue
 11 State House Station
 Augusta, ME 04333-0011